Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 czerwca 1885. № 25. Rok XXIV.

I. Laparotomija z powodu przypadków niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego.

Podał Prof. Dr. Alfred Obaliński.

W dniu 31 maja r. b. przywieziono do szpitala św. Łazarza chorą Ch., którą lekarz dyżurny po pobieżném zbadaniu jako dotkniętą niedrożnością jelit zakwalifikował na oddział chirurgiczny celem przedsięwzięcia laparotomii.

O godzinie 9éj rano tegoż dnia zastałem chorą ułożoną już na łóżku ciągle stękającą a chwilami jęczącą od bólu, którego wyjście odnosi do lewego podbrzusza, gdzie sama przy dotyku wyczuwa miejsce twarde i wyniosłe. Z wywiadów dowiadujemy się, że obecna choroba trwa od dni sześciu, że początkowo były tylko bóle we wspomnianéj okolicy i brak stolca, że jednak w ostatnich dwóch dniach przystąpiły do tego wymioty i znaczny upadek sił. Badana, lat 30 licząca, okazuje wyraz twarzy nader bolesny, odżywienie mierne, skórę suchą, bladą, w długo utrzymujący się fałd ująć się dającą, tętno przeszło 120 uderzeń na minutę z trudnością z powodu słabości tychże zliczyć się dające, temperaturę ciała prawidłową; rodziła kilka razy, od trzech miesięcy nie miała miesiączki. Brzuch nieznacznie wzdęty, najwybitniéj w lewém podbrzuszu, gdzie i bolesność przy dotyku i równocześnie opór w głąb sięgającego, nieporuszalnego, rozlanego obrzęku wyczuwać się daje; po prawéj stronie brzuch prawie całkiem niebolesny.

Gdy mi nadto oświadczono, że lekarz domowy używał bez skutku środków czyszczących jakoteż i obfitych lawatyw, odstąpiłem od pierwotnego zamiaru zbadania jeszcze choréj przez pochwę i odbytnicę, a to dla tego, iż mając z dotychczasowych wyników badania dosyć wskazówek do rozpoznawania niedrożności jelit uważałem szybko wykonaną laparotomiję za jedynie ratujący środek, a przeto chciałem uniknąć zanieczyszczenia swych rąk.

Gdy chora zgodziła się na operacyję, którą têm bardziéj uważałem za wskazaną, ile że przed kilkoma tygodniami dwoje chorych w podobnym stanie operowanych opuściło mój oddział w zupełném zdrowiu (porówn. rozprawę, którą równocześnie przesłałem *Gazecie Lekarskiéj*), przystąpiłem natychmiast do wykonania téjże.

Gdy cięciem w linii białéj otworzyłem jamę otrzewnową, ze zdziwieniem znalazłem między blademi i wcale nierozdętemi jelitami liczne skrzepy krwi zbite, płaskie i gładkie, niektóre z nich do wielkości dłoni dochodzące, co mnie natychmiast na myśl naprowadziło, czy w obecnym przypadku nie mamy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną lub krwistekiem zamacicznym. W celu wyśledzenia wsunąłem rękę ku macicy i ku owemu przez ściany brzuszne wyczuwanemu guzowi, po jéj lewéj stronie położonemu; zaledwie jednak nieco jelita z tego miejsca odsunąłem, gdy natychmiast zaczęła się strumieniem wydobywać krew z poza macicy ku górze i to po części świeża, po większéj części dawniejsza, bo ze skrzepami zmięszana tak, że na krótką chwilę i o pękniętym tętniaku myśleć było nie od rzeczy. Gdy jednakże po chwili odpływ ten się zmniejszył, oczyściwszy pole operacyjne gąbkami maczanemi w ciepłéj wodzie borowéj wsunąłem ostrożnie rękę w otwór, z ktorego krew ta się wydobywała i wyciągnąłem najprzód płód około 12cm. długości mieć mogący a następnie razem z licznemi skrzepami zmięszane łożysko, które jako takie po resztce przerwanéj podczas wyciągania pępowiny poznać było można. Jama po wydobyciu tych części pozostała była tak dużą, iż wygodnie w niéj rękę mogłem obrócić, miała ściany dosyć zbite a wolno w niéj jakby zawieszone podługowate ciała na zewnątrz wydobyte okazały się jako obydwie trąbki, z których lewa zawierała wśród strzępków swych wiele skrzepłéj krwi. Wymaczawszy jamę tę gąbkami miałem zamiar wyprowadzić dren z niéj przez pochwę i zaszywszy otwór górny w ten sposób zabezpieczyć otrzewnę od wpływu rany ropieć mogącéj, gdy jednak tętno zaczęło coraz słabnąć pomimo wstrzy-

kiwań kamfory i eteru, musiałem od zamiaru tego odstąpić i oczyściwszy czémprędzéj otrzewnę z reszty skrzepów ranę brzuszną zaszyć. Upadek sił był bardzo znaczny, tętno prawie niemacalne, niepokój, to też pomimo podawania środków analeptycznych, rozgrzewania i nacierania ciała nastąpiła śmierć w trzy godziny po operacyi.

Nie mogąc z powodów odemnie niezależnych dokonać oględzin zwłok w całéj pełni ograniczyłem się tylko do otwarcia rany brzusznéj i wydobycia macicy wraz z odbytnicą i owym sztucznym workiem, w którym leżało jajo płodowe.

Z wyjaśnień udzielonych mi najuprzejmiéj przez profesorów Dra Madurowicza i Dra Browicza, jakotéż przez asystenta Dra Wodyńskiego, zebrałem co do otrzymanego preparatu następujące daty: *a*) macica była powiększoną tak jakby odpowiadała mniéj więcéj drugiemu miesiącowi ciąży a w jéj jamie znajdowała się błona doczesna (*decidua*); *b*) obydwie trąbki powiększone, jednak lewa znaczniéj i jéj strzępki (*fimbriae*) zawierające ślady uczepienia łożyskowego; pod niemi znajdujące się jajniki obydwa powiększone, jednak na przekroju pokazuje się, że lewy uległ już przeobrażeniu wstecznemu, gdy w prawym odróżnić się dały wyraźne pęcherzyki Graafa i świeże ciało żółtawe (*corpus luteum*) jako dowód, że w tym przypadku odbyła się wędrówka jaja z jajnika prawego ku ujściu trąbki lewéj (*Uiberwanderung*); *c*) jajo płodowe, odpowiadające trzem miesiącom, położoném było w zatoce Douglasa i nieco ku stronie lewéj stojąc w związku z trąbką lewą (*graviditas tubo-abdominalis*) a nadto mieściło się ono w podścielisku z nowowytworzonéj tkanki łącznéj, które albo w przebytych zapaleniach otrzewny ograniczonych, albo w dawniejszym krwisteku początek wziąć musiało; *d*) skrzepów tylko ślady postrzegano tak wśród jelit jako i w jamie po wydobyciu jaja płodowego pozostałej; *e*) jelita nie były wcale rozszerzone.

Bliższe rozpatrywanie niniejszego przypadku daje mi sposobność do poczynienia następujących uwag: Przedewszystkiém rozchodzi się o to, czy w obecnym razie wskazaną była laparotomija czy nie. Według mego przekonania najzupełniéj; boć ja ją wykonywałem pod wrażeniem niedrożności, którąbym nazwał istotną, t. j. taką, gdzie jelita doznają rzeczywistego zamknięcia, jak to widzimy np. w skręceniu, w zagłobie, w zwężeniu nowotworowém itp. stanach jelita; że zaś po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się, że mamy przed sobą tylko niedrożność wrzekomą wywołaną pęknięciem worka płodowego zewnątrzmacicznego, to jeszcze wskazania do laparotomii nie zmienia, jeżeli zważymy, że ginekologowie nawet sami doradzają przedsięwzięcia laparotomii tam, gdzie pęknięcie takiego worka zostało rozpoznaném. Druga okoliczność wymagająca wyjaśnienia jest, czy rozpoznanie dokładne było w obecnym przypadku możebném. Kilka warunków zeszło się tutaj, aby je zrobić nieprawdopodobném; i tak najprzód bardzo krótki czas do obserwacyi, następnie bardzo wybitne przypady niedrożności jelita, dalej okoliczności, które mi nie dozwalały badać przez pochwę i odbytnicę, a w końcu może najważniejsza to, że mi wcale nie było przedtém wiadomém, iż pęknięcie worka płodowego może przebiegać zupełnie w postaci przypadów niedrożności jelita.\Niewiadomość ta zasługuje jednak na pobłażliwość, jeżeli zważymy, że dotąd znanym był jedyny przypadek Wheelera (*The Lancet*, 1880), w którym wystąpiły podobne przypady skutkiem pęknięcia worka płodowego w trąbce umieszczonego. Nie mając pod ręką oryginału podaję dosłownie w tłumaczeniu referat według *Centralblatt f. Gynäkologie* (1880, str. 434): „Pacyjentka lat 44 licząca, rodziła przed 23 laty raz i nie była odtąd nigdy w ciąży. Ostatnia miesiączka była w grudniu 1879 r., szóstego zaś marca 1880 r. wystąpiły u niéj bardzo silne bóle brzucha i inne przypady zapalenia otrzewny, które ona odnosiła do niestrawnego obiadu, gdyż było równocześnie uporczywe zaparcie stolca nieustępujące ani środkom wewnętrznym ani też lawatywom; potém wystąpiły wymioty i pacyjentka szybko umarła. Sekcyja wykazala liczne skrzepy krwiste w miednicy obok pękniętego worka trąbkowego, macica wielkości naturalnéj. Żadnych zrostów ani śladów zapalenia otrzewny nie było. Jelita i kiszki próżne“.

Tém trudniéj było w moim przypadku rozpoznawać, o ile że cała sprawa ciągnęła się, jak o tém z wywiadów dowiedziałem się, aż dni sześć, gdy najczęściéj pęknięcie worka płodowego zewnątrzmacicznego sprowadza nagłe i ciężkie przypady kończące się w kilkanaście godzin śmiercią, tak iż częstokroć otrucie podejrzywano (Kleinwächter: *Real-Encyclopädie* XIV, str. 108).

Niemniéj ważnym jest sposób tłumaczenia przypadów niedrożności. Ja ich powstanie w niniejszym przypadku tak pojmuję, że skutkiem odklejenia się łożyska lub innéj jakiejś zmiany nastąpił krwotok do worka otaczającego jajo płodowe a utworzonego już poprzednio przez wytworzenie się tkanki łącznéj. Skutkiem tego worek ten powiększał się, sprawiał bóle, a w końcu, gdy doszedł do znacznéj wielkości ugniatał kiszkę stolcową i tym sposobem stał się przyczyną zaparcia stolca, podobnie jak to czynią i inne guzy w miednicy się znajdujące. Że obrzęk ten jednak nie stał się przyczyną zupełnéj czyli istotnéj niedrożności jelit, najlepszym dowodem był stan jelit znaleziony tak przy operacyi, jak i przy oględzinach pośmiertnych. Inne więc przypady owéj niedrożności wrzekoméj jak wymioty, zapad, tętno nikłe, odnieść należy do równoczesnego krwotoku, który nietylko do owego worka płód otaczającego lecz i do jamy brzusznéj się odbywał, jak o tém świadczą zaraz po otwarciu otrzewny znalezione skrzepy gładkie. Podobnie musiało być i w przypadku Wheelera. Że sama niedokrewność sprowadzona krwotokiem wewnętrznym nie jest w stanie wywołać podobnego obrazu, służyć nam może, pomijając już inne przypadki, jak krwotoki wśród porodu lub pologu, za dowód następujący analogiczny również na moim oddziale spostrzegany przypadek: Szesnastoletniemu chłopakowi przebito wśród bójki brzuch kozikiem po stronie lewéj, skutkiem czego wystąpiła mu część trzew na zewnątrz. Po odstawieniu go do szpitala stwierdzili lekarze oddziałowi, że wypadniętém trzewem była sieć, przeto oczyściwszy dokładnie miejsce zranione przewiązali ją katgutem, a odciąwszy obrzmiałą sieć nożyczkami przewiązany jéj trzon wpuścili do jamy brzusznéj, którą zaszyli. Mimo to chłopak przez następne 12 godzin był niespokojnym, czuł, że słabnie i że umiera chociaż był zupełnie przytomnym i tętno dosyć dobrém. W następnych 12 godzinach zachowywał się spokojniéj, żądał nawet jadła i napoju, poczém wkrótce znów osłabł i w kilka godzin późniéj umarł. Sekcyja wykazala zranienie tętnicy krezkowéj i znaczną wybroczynę do jamy brzusznéj. W przypadku tym nie było ani wymiotów, ani wybitniejszego bólu brzucha, ani zaparcia stolca.

W końcu wypada mi jeszcze podnieść tę okoliczność, że śmierć w niniejszym przypadku nastąpiła skutkiem upadku sił (*collapsus*) wywołanego z jednéj strony znacznym krwo-

tokiem, a z drugiéj długotrwałemi bólami. Gdyby operacyja była wykonaną o kilka dni wcześniéj, byłaby pacyjentka prawdopodobnie zabieg ten przetrzymała, chociaż przyznać muszę, że infuzyja wody słonéj do żyły lub przynajmniéj autotransfuzyja krwi przez szybkie opasanie rąk i nóg byłaby na razie z pewnością lepiéj siły choréj podniosła, niż wstrzykiwania podskórne kamfory i eteru, to téż uważam za stosowne, aby narzędzia do tych, życie ratujących, manipulacyj przy każdéj ciężkiéj operacyi, do których i laparotomiję zaliczyć należy, w pobliżu były przygotowane.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza w Krakowie.

Poród powikłany torbielem wielokomorowym jajnika.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent tejże kliniki.
(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Guzy niestojące z macicą w związku pochodzą najczęściéj od jajników torbielowo lub skórzakowo, rzadziéj włóknikowo zwyrodniałych. Zastanawiając się ogólnikowo nad temi guzami i nad ich stosunkiem do ciąży i do porodu, nadmienić musimy, że ciąża wywołuje również szybszy wzrost tychże. Zrozumiałą jest rzeczą, że mogą one łatwo ciążę przerwać w skutek zadrażnienia ścian macicy. Poród w pewnéj liczbie przypadków przebiega prawidłowo; w innych zachodzą przypadłości groźne, które lekarza zniewalają do przedsiębrania różnych zabiegów operacyjnych. Dla sprawy porodowéj niebezpieczne są nietylko torbiele mniejsze z przyczyny, że nader łatwo do jamy miednicy małéj wsunąć się mogą, i *a priori* tam się rozwijające, lecz także większe, których dolny odcinek w skutek ucisku macicy coraz więcéj wypełnia i obniża zatokę Douglasa, a wysuwając szyję macicy do góry i objętością swoją zatykając przewód miednicy, wywołuje niestosunek porodowy często bardzo znacznego stopnia. Guzy jajnikowe w jamie miednicy małéj usadowione różnią się od guzów w téj okolicy pierwotnie powstałych tém, że w nieobecności zrostów w ogóle dość łatwo ponad wchód miednicy wysunąć się dają. Odprowadzenie to napotyka częstokroć podczas porodu na trudności nie do zwalczenia, a to w skutek parcia macicy w kierunku rękoczynowi niekorzystnym, t. j. ku dołowi. W razie istnienia zrostów trwalszych, co się najczęściéj wobec torbieli skórzakowych i po sprawach zapalnych w ogóle przydarza, mowy o odprowadzeniu być nie może, a usiłowania w tym kierunku energicznie przeprowadzone, narazić muszą guz na pęknięcie i wylanie się treści do jamy brzusznéj (Fischel, *Prager med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 6, 7), co ostatecznie bezkarnie ujść może, jeżeli się nie ma do czynienia z torbielem skórzakowym, treścią ropną itd., w tych bowiem razach po pęknięciu zazwyczaj śmierć szybko następuje (Baader, *Schw. Corr. Blatt*, 1875). Dobrowolnie pękają czasem torbiele nieprzyrośnięte w skutek saméj pracy porodowéj (Zeller, Anderson, Fischel i inni), a Brewer (*Brit. med. Journ.*, 1878) opisał przypadek, w którym takie pęknięcie dotyczyło ścian torbiela i pochwy, tak że treść pierwszego na zewnątrz się wydobyła. W wielu przypadkach torbiele usadowione częściowo lub całkowicie w jamie miednicy małéj, cofają się tak samo, a nawet łatwiéj niż włókniaki macicy podczas porodu do jamy brzusznéj, przez co niestosunek porodowy ustaje. Jeżeli usunięcie guzu, a tém samém niestosunku porodowego z jakichkolwiekbądź przyczyn jest niemożebne, natenczas zazwyczaj łatwo skłaniamy się do nakłucia a nawet nacięcia ścian torbieli (Morlanne, Jackson, Johannovsky, Fischer i inni). Punkcyję w takich razach wykonywamy przez ściany brzuszne, pochwę lub kiszkę stolcową; nadmienić jednak musimy, że nie zawsze doprowadza ona do celu, jak o tém świadczy przypadek Noltinga, w którym bezskutecznie wykonano punkcyję, a który zakończył się śmiercią w skutek pęknięcia torbiela i wylania się jego treści do jamy brzusznéj. Punkcyja torbieli skórzakowych, ostrożnie przez ściany pochwy wykonana, nie grozi również wielkiém niebezpieczeństwem, jak o tém świadczą przypadki przez Barnesa (*St. Georg's Hosp. Reports*, 1874—1877), Wiarta (*Gaz. med. de Paris*, 1882), Ramsbothama, Litzmanna i innych opisane. W nader rzadkich tylko przypadkach torbiele jajnika zmuszały do wykonania cięcia cesarskiego; w przypadku J. Müllera wykonał je Nussbaum z pomyślnym dla choréj wynikiem. Daleko częściéj przydarzają się podczas porodu powikłanego torbielami wskazania do obrotów, kleszczy lub kraniotomii. W przypadkach zaniedbanych, w których przebieg porodu pozostawiono siłom przyrody, napotykamy bardzo znaczny procent śmiertelności.

Co się tyczy dat statystycznych, to w 56 przypadkach powikłań porodu torbielami (zestawienie Litzmanna) procent śmiertelności u rodzących był bardzo znaczny (24 matek umarło), a jeszcze większy u dzieci, bo tych zaledwie 7 urodziło się żywych. Statystyka ta nie obejmuje w dodatku porodów zakończonych cięciem cesarskiém. Setter obliczył, że na 110 porodów, w których z przyczyny niestosunku porodowego, wywołanego torbielami jajnika, udzielono pomocy, procent śmiertelności wynosił 43. Statystyka nowsza (Playfair) wykazuje już znacznie lepsze wyniki, na 14 bowiem rodzących, u których torbiele reponowano lub nakłuto, nie zdarzył się żaden przypadek śmierci a dzieci urodziło się 9 żywych. W końcu na jednę jeszcze okoliczność uwagę zwrócić należy, t. j. że w razie szczęśliwego przebiegu porodu powikłanego torbielem jajnikowym, niebezpieczeństwo wszelkie jeszcze nie zupełnie minęło, albowiem w połogu łatwo wystąpić może zapalenie ścian lub skręcenie szypułki torbiela, co za sobą ciężkie następstwa pociągnąć może; komplikacyje te zresztą już podczas ciąży i porodu przydarzyć się mogą. To samo, cośmy tu powiedzieli o torbielach jajników, dotyczy *caeteris paribus* torbieli i innych nowotworów trąbek i więzadeł szerokich.

Dalsza grupa guzów komplikujących poród, która na uwagę zasługuje, obejmuje guzy pochwy, daléj guzy niestojące w związku z częściami rodnemi a więc usadowione w parametriach i przegrodzie pochwowo-stolcowéj, w końcu zaś guzy przewodu kostnego miednicy i części miękkich wyścielających tenże. Co się tyczy guzów pochwy, to znowu najczęściéj torbiele ścian téjże przy porodach wchodzą w rachubę. Przypadków tego rodzaju powikłań zebrał Graefe 10 z kliniki Schroedera, Lebediew opisał 2, James S. Bailey i J. Veit po jednym. W przypadku przez Veita opisanym torbiel pochwy dochodził wielkości główki noworodka. Włókniaki, mięsaki i inne guzy w ogóle rzadko w ścianach pochwy napotykane bywają, przeto téż bardzo rzadko stanowią przeszkodę porodową, chociaż i to się przydarza (Letenneur). W tkance łącznéj okołomacicznéj, jakotéż w *septum recto-vaginale* napotykamy oprócz torbieli i włókniaków tutaj pierwotnie się rozwijających, często torbiele bąblowca (*Echinococcus*). Rozpoznanie ich bez poprzedniéj

punkcyi zazwyczaj niełatwe, a odprowadzenie niemożebne. Symulują one czasem podczas porodu guzy stałe w skutek znacznego napięcia, wywołanego uciskiem na nie wywartym (Sadler). Przypadków torbieli bąblowca komplikujących poród nie wiele w literaturze napotykamy: Sadler, Porak i Bril opisują po jednym, Wiener zebrał ich 7 a Davain przedtém 3. W kanale kostnym i częściach jego miękkich usadowione być mogą jako *tumores obturantes* włókniaki (Retzius, Putegnat, Dohrn, Gus, Braun 2 przypadki), kostniaki (Marinus), chrząstniaki (Gus, Braun) a nawet i to stosunkowo często raki (E. Martin, Wal. Meyer, Elkington). Guzy te wyrastają w rożnych okolicach kanału miednicy; wielkość ich bywa czasem bardzo znaczna a tém samém wpływ na sprawę porodu nader niekorzystny. Dla zniesienia niestosunku porodowego wywołanego tego rodzaju guzami potrzeba zazwyczaj cięższych zabiegów operacyjnych, jak kraniotomii lub cięcia cesarskiego. Kwestyją bezwarunkowo dla lekarza ważną będzie obmyślenie i przeprowadzenie sposobu postępowania w przypadkach guzów mogących stanowić podczas porodu niestosunek porodowy. Na postępowanie to różne okoliczności wpływać będą a mianowicie zależném ono będzie od tego, czy mamy do czynienia z ciążą czyli też z porodem, dalej od budowy, wielkości a wreszcie od ruchomości guzów. W przypadkach powikłań ciąży przez guzy małe, dalej przez guzy jakiejkolwiek natury lecz ruchome, łatwo nad wchód miednicy wysunąć się dające i w końcu przez torbiele nawet nieruchome, ciąża przerywaną być nie powinna. Guzy większe stałe i nieruchome, jakoteż mniejsze téj samej budowy rosnące szybko, tworzyć będą wskazania do wzniecenia poronienia, względnie niewczesnego porodu. Wobec guzów stałych, łatwo odprowadzalnych, jakoteż wobec torbieli uważałbym bierne zachowanie podczas ciąży za stosowne i tak samo w warunkach mniéj korzystnych lub zupełnie niekorzystnych, jeżeli ciąża już jest daleko posunięta. W przypadkach odpowiednich operacyja zmierzająca do doszczętnego usunięcia guza *per laparotomiam* zasługuje na uwagę, zwłaszcza, że nie pogarsza ona zbytecznie prognozy ciąży, podczas gdy obecność guza naraża ciążę a zwłaszcza poród na niebezpieczne następstwa. W 25 przypadkach owaryjotomij, zestawionych przez Hegara i Kaltenbacha, zaszły tylko 3 przypadki śmierci a 9 razy poród nie czasowy, 7 przypadków Schroedera ukończyło się pomyślnie.

Podczas porodu należy przedewszystkiém jak najdokładniéj przekonać się, czy guz wikłający poród jest ruchomy, czyli też nie. Guzy ruchome należy bezwarunkowo z drogi porodowéj usunąć, którytо rękoczyn ułatwiamy sobie ułożeniem rodzącéj z podniesionemi krzyżami lub kolankowo-łokciowém i głęboką narkozą w razach silnych i częstych bólów porodowych. Chwila tuż po odpływie wód płodowych jest po temu najstosowniejszą. Odprowadzenie winno się odbyć w przerwie i ręką całą, wprowadzoną do pochwy lub do kiszki stolcowéj (Leopold).

Nadmienić należy, że nawet w razach wątpliwéj ruchomości, usiłować należy ostrożnie lecz wytrwale wysunąć tumor ku górze, albowiem zdarzały się przypadki, że guzy pozornie tylko nieodprowadzalne dawały pochop do cięższych a zbytecznych zabiegów leczniczych. Jeżeli pomimo usilnych starań odprowadzenie tumoru nie udaje się, natenczas w obecności torbieli wchodzi w rachubę nakłócie trójgrańcem, czego dokonać można przez powłoki brzuszne, pochwę lub kiszkę stolcową; dalej nacięcie, które tylko przez ściany pochwy wykonane być może. Zabiegi podobne wystarczały nieraz nawet do doszczętnego wyleczenia torbieli, np. przyjajnikowych. Nawet o usunięcie guzów stałych przez ściany pochwy kusićby się można w razach, gdzie jest do przewidzenia, że wyłuszczenie nie napotka na zbyt wielkie trudności. Wobec guzów stałych lecz mniejszych przebieg porodu pozostawimy siłom przyrody, lub operacyjami łagodnemi, a więc obrotem, kleszczami, starać się będziemy go ukończyć. Wobec tumorów większych stałych wybór środków nie jest wielki, bo rozchodzić się jedynie może o wykonanie kraniotomii lub cięcia cesarskiego. Pierwszego sposobu należy użyć wszędzie tam, gdzie obok zaklinowania np. główki bez znaczniejszego obrażenia rodzącéj wykonać go można, w razach absolutnego ścieśnienia dróg porodowych jako ostatnia ucieczka pozostaje cięcie cesarskie. Nie należy zapominać, że płody małe, daléj płody obumarłe i zmacerowane przez nader ścieśnione drogi porodowe, takie np. że rękę nie łatwo przepuszczają, nadspodziewanie łatwo urodzić się mogą, z czego wynika, że trzeba się dobrze zastanowić, poczekać i jeszcze gruntowniéj rzecz zbadać, nim się weźmie nóż do ręki.

III. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza Dra St. Paszkowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Kazuistyka.

1. Agata Zapasińska l. 40, wyrobnica, przybyła 8/3, zmarła 20/3 83. Przed kilkoma dniami wyszła ze szpitala, gdzie leżała z powodu duszności i opuchliny nóg. Obecnie skarży się na duszność od tygodnia trwającą. Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, catarrhus apicis dextri. Hydrops universalis, emphysema pulmonum.*

Rozpoznanie anatomiczne: „*Pleuritis fibrosa obsoleta et recens fibrinoserosa sinistra sequente compressione et atelectasi et degeneratione fibrosa totius pulmonis sinistri apice excepto. Hyperaemia et oedema acutum pulmonis dextri. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis, renum. Hydrops, anasarca, ascites. Hydrothorax dexter praestans.*

Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że główną chorobą w tym przypadku było zapalenie opłucny, z którém chora przyszła do szpitala, a które tylko zaznaczało się lekkiém podniesieniem ciepłoty (między 38° C. a 37° C). Badanie wstępne wykazało też stłumienie z tyłu po lewéj stronie ograniczone i szmery oddechowe tamże słabo słyszalne. W obec objawów bardzo znacznego nieżytu oskrzelowego wzięto ten ostatni jako główną chorobę. Wobec ogólnéj opuchliny, wobec tych samych oznak po prawéj stronie z tyłu klatki piersiowéj stwierdzonych co i po lewéj stronie, rozpoznano obustronną opuchlinę klatki piersiowéj *(hydrothorax bilateralis).* Dopiero dnia 19/3, stwierdziwszy wyraźnie tarcie w pasze lewéj, rozpoznano obustronne następowe zapalenie opłucny lewéj. Rozedmy płucowéj w obec ogólnéj opuchliny stwierdzić nie można było wypukiem, ale przemawiała za tém na pewno wypukła klatka piersiowa i bardzo znaczna rozedma, stwierdzona podczas pierwszego pobytu choréj w szpitalu (od 20/2—1/3 83). Protokół sekcyjny o nieżycie oskrzelowym i rozedmie płuc milczy. W każdym razie zmiany opłucny w postaci zgrubień włóknistych były bardzo dawne i pierwotne. Zanotować należy, że sekcyja nie stwier-

działa przerostu prawéj komórki serca. Drobniutkie rzężenia pęcherzykowe, które słychać było wyraźnie po stronie lewéj na całéj przestrzeni klatki piersiowéj, szczególniéj w górnych częściach, miały swoją przyczynę w ucisku częściowym miąższu, który przy głębokim zwłaszcza wdechu dopuszczał do pęcherzyków powietrze. Ostry obrzęk płuca prawego w następstwie ucisku zupełnego płuca lewego jako sprawę końcową pojmować należy. Powiększenia wątroby nie stwierdzono, sekcyja wykazała stłuszczenie. Opuchlina u téj choréj rozpoczęła się w połowie lutego b. r., a więc na 5 do 6 tygodni przed śmiercią. Białka w moczu ślad również i przy pierwszym pobycie stwierdzono.

2. U Kunegundy Sokalskiéj wyrobnicy, lat 77 liczącéj, przybyłéj d. 9/2, zmarłéj 22/3 1883 r., która od $1\frac{1}{2}$ miesiąca kaszlała i często miewała bicie serca, badanie wykazało: Budowę dobrą, odżywienie liche, obrzęk nóg, skórę sinawo zabarwioną, klatkę piersiową beczułkowatą, żyły szyjne mocno wydęte, rozedmę płuc znacznego stopnia, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach, opuchlinę klatki piersiowéj obustronną, opuchlinę worka sercowego; tętno zaledwie wymacać się dające, nierytmiczne w liczbie 102 n. m., wątrobę niżéj linii pępkowéj macalną o powierzchni gładkiéj, białka spory ślad. — Przebieg: 3/3 stan bezgorączkowy. Roża na lewéj stopie, 14/2 napad dusznicy. — Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma arteriarum in marantico subj. Erypsip. pedis. sin.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Pleuritis fibrosa bilateralis praecipue dextra, emphysema marginale; compressio partium inferiorum pulmonum ex hydrothorace. Bronchitis diffusa. Hyperaemia et oedema acutum pulmonis utriusque, cirrhosis incipiens et oedema chronicum partis inferioris lobi superioris pulmonis dextri. Processus atheromatosus aortae et incipiens arteriarum coronariarum cordis. Hypertrophia excentrica totius cordis et degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis. Atrophia lienis. Nephritis interstitialis chronica disseminata atrophica, catarrhus ventriculi chronicus. Hydrops, anasarca, ascites et hydrothorax praestans.*

W historyi choroby zanotowano nierytmiczność, tętno drobne 106 na m. Sekcyja wykazała obok zmian za życia rozpoznanych miażdżycę tętnic wieńcowych miernego stopnia, do któréj napady dusznicy odnieść należy. Jako objaw starczéj zmiany w nerkach był spory ślad białka. Zapalenia opłucny włóknistego nie rozpoznano. Objawów przerostu prawéj komory serca nie było.

3. Teresa Kowalikowa l. 80 wyrobnica przybyła 10/4, zmarła 10/4 83 o g. 6 w. Od 5 tygodni chora; zresztą nic dowiedzieć się nie można było. Stan obecny d. 10/4: Budowa dobra, odżywienie liche, obrzęk odnóg dolnych i górnych, stan bezgorączkowy, tętno 108. Skóra blada, sucha, obrzęk w tkance podskórnéj. Szczyty płuc wolne, rozedma znaczna, po lewéj stronie klatka piersiowa pod obojczykiem płaściéjsza. Nieżyt oskrzelowy bardzo znaczny. Tętnice obwodowe miażdżycowe. Przerost lewéj komórki; tony nad tętnicą główną dźwięczne. Wątroba na dwa palce niżéj łuku żebrowego macalna, śledziona niemacalna.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa*, *residua exsudati pleurit. sin. emphysema pulmonum, atheroma arteriarum cum hypertrophia cordis sinistri*; *hyperaemia hepatis passiva.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Pleuritis fibrosa praecipue sinistra, emphysema vesiculare. Bronchitis chronica diffusa et oedema acutum pulmonum. Hypertrophia excentrica praestantior cordis dextri et degeneratio adiposa musculi cordis; processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis, ad basim cerebri et periphericarum praestans et incipiens valvularum semilunarium aortae. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia hepatis, atrophia incipiens lienis. Hyperaemia passiva, degeneratio adiposa et atrophia renum praecipue sinistri. Cystis serosa ovarii dextri. Endometritis chronica cum dilatatione cavi cervicis uteri. Hydrops, anasarca praestans, ascites et hydrothorax gradus levioris.*

Objawem zgrubienia opłucny włóknistego było zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie lewéj; po prawéj stronie w mniejszym stopniu znajdujące się zgrubienie nie dawało żadnego objawu za życia. Objawy przerostu lewéj komórki serca były również wyraźne. Znaczny przerost prawéj komory, jaki wykazała sekcyja, nie dawał objawów za życia. Wypukowe objawy wobec obustronnéj opuchliny klatki piersiowéj (*Hydrothorax*) i wobec przerostu lewéj komory były niepewne). (O ważności rozpoznawczych oznak przerostu prawéj komórki serca będziemy mówili późniéj). Zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucową nie było; sekcyja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Arytmii, jako objawu sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych, nie dostrzeżono w tym przypadku. O możebności rozpoznania sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych jako też o stopniu pewności symptomatologii będziemy również mówić jeszcze. Tu tylko już nadmienić wypada, że arytmia nie jest ani wyłącznym ani stałym objawem téj zmiany chorobowéj.

4. Magdalena Imielska l. 63 żona wyrobnika przybyła 8/4, zmarła 16/4 83. Przed trzema laty miało wystąpić porażenie po stronie lewéj, po którém pozostał niedowład. Od 2 tygodni kaszel silniejszy i ból w dołku żołądkowym. Stan obecny 9/4: Indyw. budowy dobréj, odżywienia lichego. *Paresis n. facial. sin.* Klatka piersiowa beczułkowata, rozedma mierna, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach z tyłu bardzo znaczny. Po lewéj stronie z przodu klatka piersiowa przypłaszczona pod obojczykiem, oddech tamże słabszy, objawy nieżytu suchego w szczytach płuc po lewéj, w pasze także oddech słabszy; tony tępe, nad tętnicą główną dźwięczne, arytmia; wątroba na dwa palce niżéj łuku żebrowego macalna, śledziona przy głębokim wdechu pod łukiem żebrowym macalna; w moczu ślad białka. Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum. Residua pleuritidis sinistrae, atheroma arteriarum, tumor hepatis, tumor lienis malaricus. Hemiparesis sinistra ex embolia cerebri.* Przebieg: 12/4 ciepłota ciała 37° C. tętno 78. Chora nieprzytomna, oddech charczący, śpiączka. 16/4 Po prawéj stronie z tyłu klatki piersiowéj tylko rzężenia i furczenia; po lewéj wdech mocno zaostrzony.

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum, bronchitis diffusa, hyperaemia (passiva) partium posteriorum loborum inferiorum pulmonis utriusque, oedema acutum partium restantium pulmonum. Pleuritis fibrosa obsoleta ambilateralis, hypertrophia excentrica ventriculorum cordis praecipue dextri et degeneratio adiposa musculi cordis, myocarditis fibrosa. Processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis, arteriarum ad basim cerebri et periphericarum. Hyperaemia (passiva) et degeneratio adiposa hepatis, hyperaemia passiva renum, tumor lienis chronicus. Catarrhus gastro intestinalis chronicus cum hyperplasia et degeneratione*

fibrosa glandularum mesaraicarum. Hydrops, ascites, hydrothorax et hydropericardium levioris gradus.

Rozpoznano na podstawie wyżej przytoczonych objawów tylko resztki po zapaleniu opłucny po stronie lewéj; sekcyja wykazała zgrubienia włókniste opłucny znacznego stopnia po obu stronach. Ani przerostu lewéj ani prawéj komory serca stwierdzić za życia nie można było, z powodu zwyrodnienia, wczesnego zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucową ani nad główną nie było. *Myocarditis fibrosa* była bez objawów. Zapalenie mięśnia serca było następstwem sprawy miażdżycowéj w tętnicach wieńcowych, któréj jedynym objawem za życia była arytmija tętna. Embolii mózgowéj sekcyja naturalnie nie wykazała, atoli niedowład lewéj strony pozostały po poprzedniém zupełném porażeniu, które przed trzema laty wystąpiło, w obec rozległych zmian miażdżycowych świadczy dowodnie, że poprzednio musiał istnieć zator w tętnicach mózgowych. Nieżyt następowy kiszek (*catarrhus gastrointestinalis cum hyperplasia et degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum*) nie dawał objawów szczególnych za życia prócz zaparcia stolca. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Mendelson: **O czynności nerek wśród gorączki.**

Pod kierunkiem Prof. Cohnheima wykonał Mendelson zajmującą pracę doświadczalną, mająca na celu zbadanie stosunków krążenia w nerkach wśród gorączki za pomocą onkometru Roya. (Przyrząd ten opisaliśmy w Przegl. Lek. Nr. 9, 1882 i Nr. 26, 1883). Pierwsze doświadczenia nie odpowiedziały swemu zadaniu. U zwierząt bowiem uśpionych (morfinem, chloralem, chloroformem) lub porażonych (kurarą) wstrzyknięcie podskórne ropy, naparu siana, zawierającego liczne prątki, daléj soku żołądkowego lub trzustkowego, rozczynu pepsynu itd., słowem wstrzyknięcie jakichkolwiekbądź znanych środków gorączkotwórczych nie wywołało nigdy podwyższenia ciepłoty, lecz przeciwnie jéj obniżenie o 2—4 stopni. Gorączka pojawiała się dopiero wtedy, skoro działanie narkotyku minęło. Wobec tego musiano się uciec do sposobu Ludwiga w celu unieruchomienia zwierząt wśród doświadczenia. Sposób ten, polegający na zniszczeniu wzgórków wzrokowych, ma zarazem tę dobrą stronę, że oprócz ubezwładnienia zwierzęcia nie sprowadza żadnych zaburzeń w czynności serca i oddechania i nie zmienia parcia krwi, a co najważniejsza, że zwierzęta ze zniszczonym wzgórkiem wzrokowym oddziaływają na środki gorączkotwórcze zupełnie w ten sam sposób, jak zwierzęta zdrowe.

Tego rodzaju doświadczenia wykazały, że wśród gorączki zmniejsza się objętość nerki (o 16%), a parcie w tętnicy szyjnéj przynajmniéj przez jakiś czas jednostajnie się podnosi. Uwzględniwszy, że nerka prócz swych naczyń nie posiada żadnych kurczliwych pierwocin, odnieść należy zmniejszenie się jéj objętości do zmniejszenia się ilości krwi w nerce wśród gorączki. W gorączce więc zwężają się naczynia krwionośne nerki. Z okoliczności, że po zniszczeniu nerwów dochodzących do wnęki nerkowéj nie zmniejsza się objętość nerki w gorączce, wysnuto wniosek, że zwężenie się naczyń nerkowych ma swą przyczynę w bodźcu centralnym a nie obwodowym. Zapatrywanie to potwierdziły następujące doświadczenia: Ogrzewając krew w tętnicach szyjnych za pomocą przyrządu Goldsteina (jestto rurka metalowa, rynienkowato wygięta, przez którą przepływa gorąca woda) i wywołując w ten sposób niejako miejscową gorączkę mózgu, zauważył autor zmniejszenie się nerki i przyspieszenie oddechania, podczas gdy parcie w tętnicy udowéj wcale się nie zmieniło.

Wyniki doświadczeń są więc w krótkości następujące: 1) U psów gorączkujących zmniejsza się objętość nerki, 2) zmniejszenie to polega na zwężeniu się naczyń nerkowych, 3) zmniejszenie nerki w gorączce jest stałe i potęguje się w miarę podwyższania się ciepłoty, 4) przyczyną zmniejszenia się objętości nerek w gorączce jest podrażnienie ośrodków nerwowych krwią gorącą. (*Virchows Archiv.* Tom 100 zeszyt 2). *Dr. Prus.*

Reinhard: **O leczeniu porażeń błonicowych strychninem.**

U chłopca 3½ roku liczącego wystąpił w 14 dni po przebyciu błonicy gardła niedowład odnóg dolnych obok porażenia podniebienia. W ciągu dwóch tygodni stan chorego pogorszył się bardzo znacznie mimo środków wzmacniających. Porażenie bowiem nie ograniczyło się tylko do odnóg dolnych, lecz zajęło także obie ręce, mięśnie grzbietu, karku krtani i piersi. Już po pierwszém wstrzyknięciu strychninu (1 miligram) pod skórę karku oddech był swobodniejszy, a mięśnie karkowe straciły swą zbytnią wiotkość. Po 3 dniach (codziennie wstrzyknięto 0.001 *strychnin. sulphurici*) oddechało dziecię już zupełnie spokojnie i mogło przyjmować pokarmy. Po 8mém wstrzyknięciu wróciła władza w odnogach dolnych, a w tydzień późniéj (a więc po 0·015 strychinu) ustąpiły wszystkie objawy porażenne. Wiadomo, że Henoch używa już od r. 1864 strychinu i zaleca go w swym podręczniku bardzo gorąco. Tymczasem Vogel i Gerhardt nie wspominają wcale o leczeniu porażeń błonicowych strychninem, a Oertel oświadcza się wprost przeciw skuteczności strychninu. Natomiast autor na podstawie opisanego przypadku radzi nie zapominać o tym leku. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1885. Nr. 19). *Dr. Prus.*

Loreta (Bolonia): **Chirurgiczne leczenie tętniaków jamy brzusznéj.**

Z pomiędzy wielu zdobyczy na polu zręczności i przedsiębiorczości chirurgów w leczeniu chorób narządów jamy brzucha, które w ostatnich latach ogłoszono, niektóre uderzają oryginalnością, a do tych bez wątpienia należą operacyje przedsiębrane przez prof. Loretę celem leczenia zwężeń odźwiernika i połyku przez wprowadzenie palca wskazującego albo 2 palców do tychże przez otwór w żołądku. Ten sam chirurg niedawno ogłosił przypadek tętniaka jamy brzusznéj, który jest z tego względu bardzo ciekawym, ponieważ uwieńczony został pomyślnym wynikiem operacyi w chorobie, w któréj dotychczas każdy sposób leczenia okazał się bezskutecznym. Myśl do téj operacyi podał C. H. Moore z Middelesex Hospital w Londynie. Treść dokładnego opisu téj operacyi i przebiegu pooperacyjnego zawartego w Pamiętniku Akademii Umiejętności w Bolonii z lutego 1885 jest następująca:

Choroba dotyczyła 30 letniego żeglarza cieszącego się aż do obecnéj choroby dobrém zdrowiem prócz przebycia przed 5 laty kiły 1szo i 2go rzędnéj. W lutym 1883 podczas natężania się celem spuszczenia statku żaglowego na morze uczuł nagły rwący ból w brzuchu. Wkrótce wystąpiły rozpromieniające bóle w krzyżach, okolicach biodrowych i podżebrowych, których nasilenie w przeciągu roku powoli się wzmagało, poczém chory już był zmuszony leżeć. W paźdz. 1884 r. zauważano obrzęk tętnicy w podżebrzu lewém. Podczas przyjęcia do szpitala w grudniu 1884 r. znaleziono u chorego znaczny tętniący obrzęk w nadbrzuszu i podżebrzu le-

wém o głośnym szmerze najsilniéj słyszalném w nadbrzuszu. Tętno w tętnicach udowych zaledwie było wyczuwalném i znikało zupełnie podczas uciskania guza. Chory cierpiał przytém nerwobóle w odnogach dolnych, które okazały się przy badaniu chłodnemi; dolegały mu nadto częste przelewania się pokarmów w jelitach uciśniętych przez tętniak. Uważając guz ten za tętniak workowaty urazowy, usadowiony prawdopodobnie na jednéj z grubszych gałęzi tętniczych, odchodzących od aorty tuż za odejściem od pnia, Loreta zdecydował się oddzielić worek ten od zrostów i jeżeliby to było możliwém zamknąć otwór w tętnicy za pomocą okłócia albo podwiązania, albo też wypróżnić worek, wywrócić i zaszyć; gdyby zaś każdy z wspomnianych zabiegów okazał się niemożliwym do wykonania, wypełnić worek drutem. Loreta przeniósł drut nad włosień, jedwab i inne istoty, dla powodów, które wyłuszcza i które okazują się być przekonywającemi. Uwzględnił także wstrzykiwania krzepnące, które byłyby się na nic nie przydały, jak ostateczny wynik okazał. Operacyi dokonał 19 grudnia 1884 r. za pomocą cięcia sięgającego od końca mostka (nasady nie szczytu tegoż) aż do pępka. Cięcie poprowadzono tak wysoko, ażeby możliwém było łatwe wprowadzenie ręki celem uciśnięcia guza, gdyby takowy wyłonił się po ustąpieniu działania tłoczni brzusznéj. Znaleziono luźne powierzchowne zrosty i ostrożnie je oddzielono, następnie okazały się głębokie zrosty, łączące worek z żołądkiem, krézką, okrężnicą poprzeczną i wątrobą. Większą ich część przecięto, ale oddzielenie worka od śledziony, przepony i wpustowéj części żołądka okazało się niemożliwém. W skutek tego nie można było postępować w ten sposób daléj aż do ujścia tętniaka do pnia naczynia, ani téż ucisnąć tegoż i wypróżnić. Pozostało więc rzeczą nierozstrzygniętą, czy naczyniem zwyrodniałém przez tętniak była sama aorta brzuszna, czy téż jedna z jéj wielkich gałęzi, jakkolwiek przypuszczenie pierwsze okazało się prawdopodobniejszém. Przekłuto więc guz, który w ten sposób zupełnie odsłonięto po stronie prawéj, włosowatym trokarem i wpuszczono w kaniulę tegoż posrebrzany drut miedziany w kierunku krążenia krwi, tj. z góry i strony prawéj ku dołowi i stronie lewéj. Skoro drut doznał oporu, wyciągnięto kaniulę, koniec drutu wepchnięto igłą, a miejsce nakłócia wraz z tkankami otaczającemi przeżegano lekko czystym kwasem karbolowym. Dwa metry druta wprowadzono do worka. Objawy następcze dokładnie opisano w pracy nadmienionéj. Wyleczenie było postępujące i jak się spodziewano, trwałe. Chory, który od 2 miesięcy cierpiał na bezsenność, pierwszy raz spał w nocy po operacyi, a sen przypisywał zmniejszeniu się tętnienia w tętniaku; tętno w tętnicach udowych, które byłe zupełnie znikło, pojawiło się na nowo. Szmer był także słabiéj słyszalnym i ustąpił 10 stycznia, a w miesiąc po operacyi obrzęk wydawał się być zupełnie skonsolidowanym i zmniejszył się aż do $^1/_4$ swojéj objętości pierwotnéj; nie tętniał więcéj z wyjątkiem ruchów udzielonych mu przez tętnicę, na któréj był usadowionym i nie można było wyczuć uderzeń jego ani w ścianych brzusznych ani klatki piersiowéj. Podżebrze, które znacznie przedtém wypukłało się nad powierzchnię ciała, przybrało objętość prawidłową. Drugiego lutego chory opuścił łóżko a pozostawszy jeszcze pod obserwacyją trzy tygodnie, opuścił szpital jako uleczony. Okres, który upłynął od dnia operacyi aż do powyższego ogłoszenia, wynosił dni 70. Takim jest zarys tego ciekawego przypadku, który dotąd jest unikatem. Nie przedsiębrano bowiem dotychczas operacyi krwawéj celem leczenik tętniaka téj okolicy i nie osiągnięto korzystnych wyników zapomocą leczenia wewnętrznego takich tętniaków ani téż przez odpowiednią dyjetę i spokój chorego. Położenie tego tętniaka tuż przy żołądku, wątrobie i okrężnicy poprzecznéj nie pozwalało zastósowania leczenia metodą Tufnella [1]). Nie potrzeba nadmieniać, że uciskanie powyżéj tętniaka było niemożliwém, uciskanie poniżéj bardzo byłoby niepewném, a uciskanie wprost tak niebezpieczną metodą, że żaden roztropny chirurg nie przedsiębrałby tego sposobu leczenia. W Anglii jedynie C. Heath ważył się na zabieg operacyjny z powodu tętniaka aorty za pomocą laparotomii, ale był zmuszony odstąpić od zabiegu. Przypadek Moora (*Medico-Chirurgical Transactions* vol. XLVII) nie wymagał odsłania nia ścian worka, gdyż tętniak wystawał ze ścian klatki piersiowéj Holmes w dziele swojém (*System of Surgery 3 ed.* Vol. III. Pag. 78) pisze: „istota użyta jest za nadto drażniącą i użycie druta jest obecnie zaniechane.“ Nie ma téż wątpliwości, jak się okazuje z przypadku Moora i preparatu zachowanego z tegoż w muzeum szpitala Middlesex, że drut wywołał zadrażnienie, będące przyczyną śmierci. Jest jednak rzeczą prawdopodobną, że ilość wprowadzonego druta (26 łokci) była za wielką i jest rzeczą pewną, że choroba w tym przypadku postąpiła do tego stopnia, że o leczeniu mowy być nie mogło. Moore sam przyznaje, że podobną konsolidacyję osiągnąć można za pomocą mniejszéj ilości druta. Gdyby tę metodę adoptowano, byłoby rzeczą wielkiéj wagi tak manipulować drutem, ażeby być pewnym, że takowy ułożył się w kłębek wewnątrz tętniaka, a nie był rozmieszczony w worku w siatce nieregularnéj. Loreta uwzględnił te uwagi Moora. Moore próbował swojéj metody w leczeniu tętniaka jamy brzusznéj jeszcze przed 20 laty, porzucił ją jednak jako bezskuteczną. Obecnie więc położenie każdego tętniaka nie może być więcéj uważane jako nieprzystępne dla rękoczynu i możemy prawie być pewni, że chirurdzy, zachęceni powodzeniem Lorety, będą próbować na nowo metody wprowadzenia obcych ciał do worka tętniaka w przypadkach, w których inne metody zawiodły i możemy się spodziewać świeżych postępów w chirurgii. Obawiać się tylko należy, aby wyż opisana operacyja nie dała bodźca do zanadto śmiałéj przedsiębiorczości chirurgów wobec przypadków, gdzie choroba znacznie postąpiła. Przypadek przez Loretę operowany przedstawiał wiele warunków korzystnych, których zazwyczaj brak w przypadkach tętniaków wewnętrznych, a temi są: że indywiduum było młode i zresztą zdrowe; że układ tętniczy żadnych zmian chorobowych nie przedstawiał; że worek był zupełnie stałym i że obrzęk był przystępnym. Mimo to trudności operacyjne były wielkie.

Po napisaniu niniejszego ogłoszenia prof. Loreta donosi o śmierci tego chorego 92go dnia po operacyi, a w trzy tygodnie po ogłoszeniu tego przypadku. Chory umarł nagle ciesząc się po operacyi zupełném zdrowiem od kilku tygodni; obrzęk jego był prawie niewyczuwalnym. Przyczyną śmierci było pęknięcie aorty w miejscu połączenia tętnicy z przednią ścianą tętniaka. Worek tętniaka skurczył się do objętości orzecha włoskiego i był w całości wypełniony skrzepami uorganizowanego włóknika. Drut miedziany był niezmieniony i zwinięty w kłębek. Prof. Loreta sądzi, że ucisk i inne zmiany wywołane w tętnicy przez skrzep mogły spro-

[1]) Sposób leczenia tętniaków powszechnie w Anglii używany polegający na stopniowym ucisku sercowéj części tętnicy (powyżéj tętniaka) za pomocą peloty. Patrz: *Erichsens Surgery 7 Edit.* Vol. II. Pag. 54 i 56. *Przypisek sprawozdawcy.*

wadzić niedostateczne odżywienie części ściany tętnicy poniżéj guza położonéj i w ten sposób sprowadziły pęknięcie części tętnicy, która bezwątpienia już przedtém była chorą. (*British medical Journal 1885 April 11, May 9*).

Dr. R. Barącz.

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Siarko-fenolan zynkowy.** Dr. Bottini zastanawia się nad aseptyczném działaniem tego połączenia leczniczego. Siarkofenolan zynkowy krystalizuje w postaci romboedrów białych, przeświecających, rozpuszczalnych w wodzie, w wyskoku itp. Pięcioprocentowy rozczyn siarkofenolanu zynkowego wstrzymuje na długi czas powstawanie wszelkich grzybków w cieczach białkowatych. Rozczyny 10—15% zabijają w nich wszelkie bakteryje. Materyje używane do opatrunku nader łatwo dają się napoić rozczynem siarkofenolanu zynkowego i długi czas zachowują się niezmienione, działają stale jednakowo aseptycznie, sulfokarbolan zynkowy nie ma wcale własności drażniących ani błony śluzowéj ani skóry. Dla tego z korzyścią użytym być może do wstrzykiwań podskórnych do jamy opłucnowéj lub brzusznéj, jako téż do stawów. Nie wywołuje na skórze ani wyprysku, ani znieczuleń miejscowych, ani innych objawów zatrucia. B. woli jednak używać do wstrzykiwań do jam surowiczych rozczynu 2% sulfokarbolanu sodowego, jako mniéj drażniącego, a mocno aseptycznie działającego. Gdy się rozchodzi o działanie antyseptyczne, najlepiéj używać rozczynu 5% lub 10% sulfofenolanu zynkowego. 10% rozczyn działa na błony surowicze nieco żrąco. Autor zaleca także używanie pudru, zawierającego 10 części sulfofenolanu zynkowego na 90 części $MgSO_4$, przeciw wypryskom ostrym, sączącym itp. (*Rev. hebd. de thérap.*).

Ω J. Chéron poleca następującą **maść przeciw nerwicom lędźwiowo-brzusznym**, występującym jużto u kobiet w przebiegu cierpień macicznych, jużto jako samoistne cierpienie gośćcowe:

Rp. Acidi salicylici 10·00,
Camphorae rasae 6·00
Axung. porci 45·00 f. ung.

Maść tę wciera się wielkości mniéj więcéj orzecha w okolicę bolesną, dwa razy dziennie, rano i wieczór, pokrywa się następnie miejsca natarcia kawałkiem flaneli i papieru gutaperkowego. (*Gaz. des Hôpitaux*).

(W. M.) **Przypadek otrucia strychninem.** W ostatnich czasach opisanym został przypadek otrucia strychninem, w przebiegu którego lekarz zawezwany w przeciągu dwugodzinnéj obserwacyi stwierdził następujące objawy: Chory leżał na stronie prawéj z szyją i grzbietem ku przodowi wygiętym: co kilka minut występowały skurcze kloniczne wszystkich mięśni, trwające kilka sekund, podrzucające chorego często na stopę ponad łóżko, na którém spoczywał. Oddechy krótkie, przerywane w ilości 20 do 30 na minutę, w czasie skurczu klonicznego były przerwane. Tętno 70—90 razy na minutę w czasie skurczu stawało się mniejsze i szybsze. Ciepłota ciała niepodwyższona. Chory pocił się obficie, przyczém twarz i piersi były chłodne. Twarz blada jak również i reszta ciała, późniéj zaś sina. Wyraz twarzy niespokojny i trwożliwy, gałki oczne ruchliwe często zwracają się ku górze, źrenice średnio-szerokie oddziaływają leniwo. Sensoryjum utrzymane, chory daje odpowiedzi na zapytania, opowiada ostatnie swe czynności, porusza odnogami w żądanym przez lekarza kierunku. Brzuch nigdzie niebolesny, niewzdęty, owszem nieco zapadły, wymiotów nie było. Zastosowano morfin i chloral, w chwili wstrzyknięcia podskórnego morfinu wystąpił bardzo silny napad skurczów klonicznych i dopiero przez energiczne nastrzykiwanie zimną wodą udało się wywołać napowrót oddechanie i tętno. W czasie napadu przytomność chorego była zniesioną. Napady skurczów klonicznych powtarzały się przez dwie godziny wśród utrzymującego się stale skurczu tonicznego mięśni grzbietu i karku. W ostatnim napadzie skurczów klonicznych chory życie zakończył. Badanie pośmiertne wykazało w trzewach dosyć znaczne ilości strychninu. (*W. med. Bl.*, 1885, Nr. 22, według *Correspbl. f. Schweiz.-Aerzte*).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w maju r. 1885.

Tyfus brzuszny zaczyna się zmniejszać, w kwietniu bowiem stwierdzono go w 114 miejscowościach, w maju zaś tylko w 109 miejscowościach, a nadto liczba leczonych w maju 2553 była znacznie niższą (2923 w kwietniu) z końcem maja pozostało 606 chorych (874 z końcem kwietnia). Najwięcéj tą chorobą nawiedzonych gmin było w powiecie jaworowskim (11 gmin), w niskim (7 gmin), w jasielskim i grodeckim (po 6 gmin), w mościskim, przemyskim, rawskim, rzeszowskim, zaleszczyckim i żółkiewskim (po 5 gmin). We wszystkich tych powiatach i w poprzednim miesiącu panował tyfus najsilniéj, jedynie zmienił się porządek o tyle, że w kwietniu największą ilość nawiedzonych tyfusem gmin było w powiecie mościskim. Z 2553 leczonych chorych wyzdrowiało 1786 czyli 70%, umarło 161 czyli 6·3%, pozostało z końcem maja 606 chorych w 54 miejscowościach.

Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono: w powiecie złoczowskim w Kontach (99 chorych), w rawskim w Kamionce wołoskiéj (98), w czortkowskim w Kossowie (96), w żółkiewskim w Dzibulkach (77) i w Bojańcu (56), w kosowskim w Fereskuli (59), w grodeckim w Bratkowicach (59), w skałackim w Hlibowie (57), w kołomyjskim w Gwoździcu (56) i w sanockim w Zahytynie (51 chorych).

Tyfus plamisty jeszcze bardziéj stracił w maju na rozszerzeniu; z końcem kwietnia pozostało w 39 miejscowościach 622 chorych, w ciągu maja przybyło 981 chorych, tak że ogółem leczono 1603 osób w 66 gminach, z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1132 czyli 70·6%, umarło 78 czyli 4·9%, pozostało 393 chorych w 33 gminach. Najwięcéj tą chorobą nawiedzonych gmin było w powiecie drohobyckim (11 gmin), w samborskim (6 gmin), w brzeżańskim i rohatyńskim (po 5 gmin), w tarnopolskim (4 gmin). Więcéj niż 50 chorych w jednéj gminie stwierdzono w maju w powiecie brzeżańskim w Kozłowie (80) i Helenkowie (56), w drohobyckim w Dołhem ad Medenice (67), w Słońsku (51) i w Urożu (60), w powiecie rohatyńskim w Babińcach (57), w rzeszowskim w Woli zgłobieńskiéj (81), w samborskim w Dublanach (61), w stanisławowskim w Kozinie (67), w staromiejskim w Starorope (121).

Tyfus powrotny stwierdzono w jednéj gminie (Rogóżno) w pow. jaworowskim, z 17 leczonych chorych wyzdrowiało 3, tyleż umarło, 11 pozostało w leczeniu.

Szkarlatyna wzmaga się ponownie. W kwietniu leczono takich chorych 593, z tych 136 pozostało z końcem miesiąca, w ciągu maja przybyło 707, tak że w ogóle w maju leczono 843 chorych dotkniętych płonicą. Z tych wyzdrowiało 569 czyli 67·5%, umarło 118 czyli 14%, pozostało w leczeniu 156 osób w 15 gminach. Najwięcéj dotknięte tą chorobą są powiaty rohatyński (4 gmin) i staromiejski (3 gmin).

Dyfteryję stwierdzono w dwu miejscowościach dwu całkiem od siebie oddalonych powiatów, w zaleszczyckim i żywieckim. Z 32 leczonych chorych wyzdrowiało 18 czyli 56·3%, umarło 10 (wszyscy w pow. zaleszczyckim) czyli 31%, pozostało w leczeniu w końcu maja 4 chorych.

Czerwonka panowała w maju w 3 gminach, mianowicie w pow. brzozowskim w Dynowie i w przedmieściu dynowskiém, oraz w Sieniawie w powiecie nowotarskim. Z 66 leczonych chorych wyzdrowiało 43 czyli 65·2%, umarło 7 czyli 10·6%, pozostało w jednéj gminie 16 chorych.

Odra, która w kwietniu znacznie się zmniejszyła, w maju znowu rozszerzyła się, lecz nie do tego stopnia jak w marcu.

W maju stwierdzono odrę w 30 powiatach, w 102 miejscowościach, przeważnie w powiatach zachodnio-południowych i zachodnich, a mianowicie najwięcéj jak w poprzednich miesiącach w pow. żywieckim, daléj w sąsiednim myślenickim, sądeckim, gorlickim, niemniéj w tarnowskim i krakowskim powiecie. Z 5644 leczonych chorych wyzdrowiało 4079 czyli 72·3%, umarło 213 czyli 3·8%, pozostało w leczeniu 1352 w 50 miejscowościach.

Liczba chorych dotkniętych krztuścem, a leczonych w maju była mniejszą niż w kwietniu (mianowicie w maju 1637 w kwietniu 1922), natomiast liczba pozostałych z końcem miesiąca maja jest nierównie większą, niż w kwietniu (742 przeciw 395), szczególnym powodem tego jest rozszerzenie się krztuśca w niektórych powiatach, jak w myślenickim, stanisławowskim (tu ze szczególnie silną śmiertelnością). Z 1637 leczonych w maju chorych na krztusiec wyzdrowiało 816 czyli 49·9%, umarło 79 czyli 4·8%, pozostało 742 osób.

Ospa wzmaga się coraz więcéj; i tak gdy w kwietniu sprawdzono ją w 68 gminach u 1137 chorych, w maju sprawdzono ją w 83 miejscowościach u 1415 chorych, także i śmiertelność z ospy wzmogła się w maju. Najwięcéj rozszerzyła się ospa w powiecie gorlickim, gdyż w tym jednym powiecie stwierdzono w 18 gminach u 343 chorych, z których 49 umarło, w powiecie sądeckim znacznie zmniejszyła się liczba dotkniętych gmin (w kwietniu 17, w maju 10), tożsamo i liczba chorych (w kwietniu 302, w maju 264), lecz natomiast liczba chorych pozostałych z końcem miesiąca znacznie się wzmogła (w kwietniu 27, z końcem maja 91), daléj stwierdzono ospę w powiatach limanowskim, grybowskim i gródeckim, w każdym w 6 gminach, w dolińskim i myślenickim w 5ciu gminach. W ogóle zaś w całym kraju sprawdzono w stolicy kraju i 82 gminach 1415 chorych, z tych wyzdrowiało 571 (70·5%) szczepionych, 285 (47·1%) nieszczepionych, umarło 50 (6·2%) szczepionych i 171 (28·8%) nieszczepionych; pozostało w leczeniu 189 szczepionych i 149 nieszczepionych.

Znaczniejszą ilość (wyżéj 25) chorych stwierdzono: w mieście Lwowie (106), w Rajbrocie w pow. bocheńskim (28), w pow. brzeskim w Iwkowy (68), w pow. gorlickim w Bystry (31), w Łużny (44), w Pętny (36) i w Rzepienniku suchym (30), w limanowskim w Niedźwiedziu (33) i Podobinie (28), w pow. sądeckim we wsi Krynicy (45), w Muszynie (68), w Tyliczu (34) i w Kokuszce (29).

Lwów, dnia 15 czerwca 1885. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** wzmaga się w Hiszpanii w prowincyi Walencyi. W małém mieście Alberique zachorowało dotąd 159 osób, z których już umarło 59. Również sroży się choroba w sąsiedniéj prowincyi Murcyi, zwłaszcza w stolicy tego samego nazwiska, liczącéj do 100,000 mieszkańców. Wreszcie i w Madrycie samym już kilka było przypadków śmierci. Zachodzi obawa, aby epidemija nie przeniosła się na wyspy balearskie a ztamtąd do Francyi lub Włoch.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,8. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (5 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 5 płonicy, 4 krztuśca, 3 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 maja umarło skutkiem ospy w Londynie 28, leczyło się w szpitalach 1442, świeżo zapadło 297. W Wiedniu zachorowało na ospę 104, a umarło 21. W Madrasie i Aleksandryi umarło po 1, w Warszawie, Pradze i Manchestrze po 2, w Paryżu, Rzymie i Wenecyi po 4, w Petersburgu 5, w Odesie 6, w Kalkucie 9. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Rzymie 1. Z cholery umarło w Madrasie 5, w Kalkucie 96, w Bombayu 29.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 47,6; w Warszawie 29,4; w Poznaniu 22,3; w Wiedniu 33,2; w Pradze 38,4; w Berlinie 23,2; w Hamburgu 26,0; we Wrocławiu 33,7 w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 37,7; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 25,9; w Bazylei 22,7; w Brukseli 21,3; w Amsterdamie 24,2; w Hadze 23,6; w Paryżu 25,0; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 23,9; w Stokholmie 28,1; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 32,0; w Odesie 28,1; w Rzymie 25,5; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 29,1; w Aleksandryi 33,7; w Nowym Yorku 29,2; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 29,0; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 czerwca. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. wybrany został dziekanem na rok przyszły prof. Blumenstok, a delegatem do Senatu na 3 lata prof. Jakubowski. Następnie przedłużono asystenturę Drowi Marcisiewiczowi na 2 lata a Drowi Wachtlowi na rok jeden; wreszcie Drd. Walery Momidłowski przedstawiony został Ministerstwu do zatwierdzenia jako prow. asystent przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego odbyła się dyskusyja nad wykładem Dra Wiczkowskiego o antipyrynie, poczém Dr. Bossowski czytał rzecz o cholerze pod względem etyjologicznym i okazał hodowle prątka przecinkowego Kocha.

* Dr. Wenanty Piasecki temi dniami wyjechał do Zakopanego, aby podczas sezonu kierować zakładem tamecznym hydropatycznym. Gościom tam udającym się nastręcza się więc dobra sposobność korzystania z zakładu i rad specyjalisty.

* W Cieplicach czeskich bawiło do d. 11 bm. gości 2164, w Gleichenbergu do d. 10 bm. 1330, w Giesshüblu 110, w Luhaczowicach 220.

* **Krynica**. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo! Lekarzy bawiących w tutejszym Zakładzie zdrojowym dochodzą z różnych stron zapytania, czy panują tu jakie choroby zakaźne, mianowicie ospa? czy Zakład w ogóle otwarty? itp. Gdy zaś w rzeczywistości stan zdrowotny w całym Zakładzie jest najpomyślniejszy, nie ma tu ani jednego przypadku choroby zakaźnéj, Zakład od 15 maja otwarty, a przeszło 100 gości z największą swobodą używa tu leczenia zdrojowo-kąpielowego, lekarze, wykonywaniem lekarskiém tu się zajmujący, postanowili, w celu położenia końca wszelkim bezpodstawnym i złośliwym baśniom i uwolnienia się raz na zawsze od zbytecznych w téj mierze korespondencyj z publicznością, udać się do pośrednictwa dzienników krajowych i zaprzeczyć owym pogłoskom na szkodę Zakładu i pośrednio całego kraju rozsiewanym.

Upraszamy więc uprzejmie, szanowna Redakcyja raczy w swoim dzienniku umieścić załączone zaprzeczenie.

(podpisano:) *Dr. Blatteis* m./p., *Dr. Ebers* m./p., *Dr. Murdziński* m./p., *Dr. Skórczewski* m./p. *Dr. Lorentski* m./p.

* **Poznań**. W sobotę 20 bm. odbędzie się walne zebranie Wydziału lek. Tow. Przyj. Nauk.

* **Budapeszt**. Minister Oświecenia p. Tréfort oświadczył się przeciw zbytniemu rozdrabnianiu przedmiotów wykładowych ze strony docentów prywatnych, uważa je bowiem za sprzeczne z przeznaczeniem instytucyi docentów, albowiem grozi ono niebezpieczeństwem, że docenci oddadzą się repetycyi prostéj, zabijającéj ducha samodzielnego. Zarazem oświadcza minister, że na przyszłość podobnym habilitacyjom odmówi swego potwierdzenia.

(W.) **Rosyja. Petersburg**. Z powodu jubileuszu profesora charkowskiego N. N. Bekietowa akademija wybrała go członkiem honorowym. — Dr. Pawłowskij mianowany został docentem prywatnym anatomii patologicznéj. — Dr. Poznańskij wysłany został do Włoch i Francyi dla obznajomienia się z epidemiją cholery w tych krajach i środkami jéj zwalczenia. — Na trzecim Zjeździe lekarzy w Kiszyniewie między innemi postanowiono wydawać *„Epidemjołogiczeskij listok“*, gazetę poświęconą wyłącznie chorobom epidemicznym gubernii Besarabskiéj. **Charków**. Zmarł tu 27 maja docent Z. J. Strielców, znany przez swą pracę o budowie kości.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Docenci prywatni: rodak nasz Hofmokl, daléj Wölfler, Ultzmann i Mauthner (asystent prof. chemii lek. Ludwiga) mianowani zostali profesorami nadzw.

* **Odznaczenia**. Prof. Billroth otrzymał wielką wstęgę z gwiazdą orderu portugalskiego św. Jakóba, prof. Arlt perski order słońca i lwa 3éj klasy, a prof. Albert krzyż kawalerski greckiego orderu Zbawiciela.

* **Nekrologija.** W Nałęczowie w Król. Polskiém umarł Dr. Fortunat Nowicki w 51 roku życia, urodzony na Wołyniu, wychowaniec Uniw. kijowskiego. Liczne są prace jego treści balneologicznéj oraz nielekarskie pod pseudonimem Syroczyńskiego ogłoszone.

W Paryżu umarł słynny lekarz Guéneau de Mussy a w Strasburgu bakteryjolog Dr. Fitz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 24: Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (Wykład habilitacyjny); Biegańskiego: O naczynio-ruchowém oddziaływaniu skóry i o sztucznéj pokrzywce *(urticaria factitia)* (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Chałubińskiego: O cholerze; Łychowskiego: Spostrzeżenia nad leczeniem krupu.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego na rok 1884. Poznań 1885, in 8vo str. 200.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber die Wirkung des Karlsbader Thermawassers auf die Magendarmfunction. (Aus der med.-Klinik des Hrn. Korczyński in Krakau). Leipzig 1885. (Odbicie z „D. Archiv. f. klin. Med.“) in 8vo str. 96.

Dr. HÖRING: Bericht über d. 25 j. Wirksamkeit d. Privat-Augenheilanstalt in Ludwigsburg. Stuttgart 1885 in 8vo str. 20.

Dr. BOGDANIK: Przypadek poprzecznego złamania rzepki. (Odbitka z „Przeglądu Lek.“), in 8vo str. 14.

Dr. JANKOWSKI (w Heidelbergu): Lähmungen der Kehlkopfmuskeln nach Kropfexstirpation. (Odbicie z „D. Zeitschr. f. Chir.) in 8vo str. 41.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 24 bm. o godzinie 6éj wieczorem w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie nadzwyczajne, na którém miejsce mieć będzie dalszy ciąg dyskusyi nad działaniem leczniczém antipyryny.

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Długołęcki z Kent 1 złr., Dr. Kopernicki z Krakowa 3 złr., Dr. Zawadziński z Nowego Targu 2 złr., co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 289 złr. 15 ct.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Katalog księgarni Kleinsingera w Warszawie i Regulamin Fürstenhofu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszénie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 19 Maja rb. do L. 25031, rozpisuje się konkurs na trzy posady asystentów lekarskich, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta lekarskiego przywiązaną jest płaca 500 złr. w. a. rocznie, bez żadnego dodatku. Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny, lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 15 Lipca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj Władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 1 Czerwca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.